

Guinbourg (Mae.)

Dir. Paris. 1908

381

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Mademoiselle GUINSBOURG

PROLAPSUS UTÉRIN

CHEZ LES NULLIPARES



Président : M. POZZI, professeur

Juges { *MM. DE LAPERSONNE, professeur*
RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur
JEANNIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	NICOLAS		
Physiologie.....	CH. RICHET		
Physique médicale.....	GARIEL		
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER		
Parasitologie et histoire naturelle médicale... ..	BLANCHARD		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD		
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD		
	DEJERINE		
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE		
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE		
Histologie.....	PRENANT		
Opérations et appareils.....	QUENU		
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET		
Thérapeutique.....	GILBERT		
Hygiène	CHANTEMESSE		
Médecine légale.....	THOINOT		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET		
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER		
Clinique médicale.....	{ HAYEM		
	DIEULAFOY		
	DEBOVE		
	LANDOUZY		
	HUTINEL		
Maladies des enfants.....	JOFFROY		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND		
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU		
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER		
	RECLUS		
	SEGOND		
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN		
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD		
	BAR		
	RICHEMONT-DESSAIGNES		
Clinique gynécologique.....	POZZI		
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON		
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN		
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANCON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

Docteur en médecine

A MON BEAU-FRÈRE

Docteur ès-lettres

A MES FRÈRES

A MES MAÎTRES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHELOT

(Externat 1905-1906)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE

(Externat 1906-1907)

M. LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN

(Externat 1907-1908)

M. LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

(Externat 1908)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Membre de l'Académie de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Prolapsus Utérin chez les Nullipares

AVANT-PROPOS

La question du prolapsus utérin n'est pas neuve ; beaucoup d'auteurs, et non des moindres, s'en sont occupés. Il semblerait donc, au premier abord, un peu superflu, sinon téméraire, de la reprendre après eux. Toutefois, l'ancienneté du débat, la diversité des opinions, l'incertitude où l'on est encore sur l'étiologie de cette affection et son traitement, nous ont paru des garanties suffisantes de l'intérêt qu'il y aurait à fixer l'état présent de ce problème : confronter les solutions émises, débrouiller la confusion des hypothèses en extrayant les principales et les plus plausibles, apporter quelques cas inédits, et circonscrire notre étude à la portion du sujet, qui est jusqu'aujourd'hui restée la moins claire, la moins défi-

nie et la moins riche en observations c'est-à-dire :
Le prolapsus utérin chez les nullipares.

Certes, nous ferons plus d'une allusion aux multipares et aux nouveau-nés, atteints de prolapsus utérin, sans croire nous écarter de notre sujet strict. En effet, des comparaisons fréquentes entre ces trois ordres de malades ; multipares, nouveau-nés, nullipares, nous permettront de mieux fixer par différences les caractéristiques du prolapsus des nullipares.

Nous donnerons d'abord un court historique des travaux consacrés à cette étude, et nous verrons par là comment, à travers des tâtonnements peu à peu réduits et sortant des généralités du prolapsus, s'est isolée la question spéciale du prolapsus chez les nullipares.

Nous grouperons ensuite, en les opposant impartialement les uns aux autres, les avis souvent contraires exprimés, sinon sur les symptômes qui sont constants, du moins sur l'étiologie, la pathogénie, et le traitement de cette affection.

Nous rappellerons ensuite les observations les plus notoires, tant étrangères que françaises, en y apportant le modeste tribut de quelques observations inédites et personnelles.

Après quoi nous donnerons les conclusions qui nous ont paru les moins hasardeuses.

Il nous reste à obéir à une coutume qui acquiert pour nous une valeur toute spéciale et en quelque sorte double. Ce n'est pas seulement en élève que nous adressons ici à nos maîtres le témoignage

.

d'une profonde gratitude intellectuelle. C'est aussi en étrangère accueillie en France avec une cordialité manifeste et pleine d'égards. Notre formation n'a pas été qu'une formation médicale et technique, mais grâce à la médecine et dans la médecine une formation générale dont nous savons le prix et qui nous dicte la grandeur de notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier M. le Dr Troisier, médecin de l'hôpital Beaujon, qui a guidé nos débuts avec tant de bienveillance et d'intérêt.

M. le professeur Le Dentu, dans le beau service duquel nous avons pu étudier la pathologie externe.

M. le professeur Bar, dans le service duquel nous avons appris l'obstétrique.

Nous remercions M. le Dr Jayle, à qui nous devons plusieurs observations.

A nos maîtres, dans les services desquels nous avons été successivement externe, nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre profonde gratitude : MM. Richelot, Faure, Moutard-Martin, Richardière.

Nous sommes obligée à notre maître M. le Dr J.-L. Faure, au service duquel nous avons été attachée tout spécialement. C'est en effet dans son service qu'il nous a été donné de rencontrer et d'étudier plusieurs cas de prolapsus utérin chez des nullipares et c'est M. Faure qui nous a alors engagée à choisir ce sujet pour la matière de notre thèse inaugurale.

Enfin, que M. le professeur Pozzi trouve ici nos

très respectueux remerciements pour l'honneur
qu'il a bien voulu nous faire en acceptant d'être
notre président de thèse.

HISTORIQUE

Le prolapsus général utérin a été connu, sinon expliqué, depuis les temps les plus anciens.

Hippocrate en parle excellemment, ainsi que des moyens curatifs de cette affection, vite incurable et consécutive, le plus souvent, à une grossesse.

Par contre, Aristote a donné l'autorité de son nom à une erreur grossière, qui a dominé tout le moyen âge médical, à savoir la répulsion de la matrice pour les mauvaises odeurs, et l'efficacité de celles-ci pour la faire remonter.

Pourtant le moyen-âge a apporté certaines indications, relâchement des ligaments (Avicenne), et certains remèdes, non encore démodés, pessaires et astringeants (Paul d'Egine et Aétius).

La Renaissance, malgré Ambroise Paré, Fabrice d'Aquapendente, et d'autres, a peut-être nui au progrès de cette étude, en niant l'affection elle-même comme une chose hors nature. Mais le XVIII^e siècle a posé le problème d'une façon très nette ; la majorité des auteurs dénonçant la faiblesse des ligaments, cause primordiale du prolapsus utérin chez les nullipares. C'est Levret et Jaloufet à qui revient cet honneur.

Toutefois, les cas restent rares encore, et ce n'est vraiment qu'en 1860 environ, que l'on commence à en trouver d'autres, à les publier et à établir un titre nouveau de recherches et de discussions sur l'étiologie et le traitement de cette affection chez les nullipares.

Les dates que nous allons citer, montrent bien la progression grandissante des cas étudiés, et recouvrent, il faut bien le dire, une diversité non moins croissante d'opinion, ainsi qu'on le verra par notre exposé.

En 1858, Scanzoni; en 1860, Bedford; en 1864, Churchill; en 1866, Aubinais; en 1869, Weinberg; en 1870, Nonat, Courty, Puech; en 1876, Barnes; en 1879, Veit; en 1884, Doran; en 1888, Mundé; en 1889, Martin, Horlacher, Hirst; en 1892, Fritch; en 1894, Liebmann; en 1896, Helms, Bonilly, Riche-lot, Tuffier, Schmetz; en 1897, Alexieff; en 1898, Krausé, Stepkowsky, Hansen, Doléris; en 1899, Jinkens; en 1900, Olivier, Villemin; en 1901, Miranda, Polaillon; en 1902, Coffart, Pozzi (cas inédit, et antérieurement dans son *Traité de gynécologie*); en 1904, Reynier, Routier; en 1907, Delanglade, Racoviceanu, Lapeyre; en 1908, Reclus (un cas publié et un cas inédit), Faure (cas inédits).

Cette nomenclature, uniquement consacrée aux nullipares, se passe de commentaires. Et la preuve sera complète de l'intérêt réel qui s'en dégage, si l'on y joint certains chiffres: Scanzoni a observé 15 cas de nullipares sur 114 cas de prolapsus uté-

rin ; Weinberg, 6 cas sur 174 ; Liebman 3 cas sur 39, donc pour ces 3 auteurs, 24 sur 327 ; plus ceux de MM. Fritch, Mundé, Helmes, Doran, Pozzi, Reclus, Faure, Vinkel, Lapeyre etc. etc., dont l'addition, déjà considérable, est évidemment très inférieure au chiffre total.

Laissant maintenant cet ordre chronologique, nous allons aborder l'ordre logique de la question.

ETIOLOGIE

On peut ranger les causes du prolapsus utérin chez les nullipares sous deux classifications : première classification : causes générales et locales qui se retrouvent d'ailleurs mieux employées dans la seconde classification : prédisposantes et déterminantes.

Les causes déterminantes sont celles sur lesquelles on est ordinairement d'accord. Cet accord cesse dès qu'il s'agit des causes prédisposantes ; et la pathogénie dont il faut joindre l'étude à l'étude de ces causes déterminantes, ne nous apporte sans doute pas tous les éclaircissements nets et désirables.

Voyons d'abord les causes prédisposantes : L'hérédité est invoquée par quelques auteurs : Doran a dressé les tables généalogiques de trois familles où on trouve une coïncidence frappante, entre les prolapsus utérins des malades et des hernies inguinales de nombreux consanguins : mère, oncle, fils, etc.

Matthews Duncan va même jusqu'à affirmer que l'hernie intestinale et le prolapsus utérin sont causes réciproques l'un de l'autre.

Coffart dans une observation que nous citerons plus loin, et indépendamment d'autres causes, a

également recueilli sur le cas d'un prolapsus utérin chez une jeune fille, que son père et sa mère, son frère aîné et ses neveux avaient des hernies, congénitales chez ces derniers.

Bien qu'il n'apporte aucune preuve personnelle, M. Labadie incline assez vers cette hypothèse « l'hérédité doit, dit-il, de toute nécessité être invoquée pour expliquer la production du prolapsus génital chez les jeunes filles qui n'ont eu ni accouchement ni grossesse, ni traumatisme d'aucune sorte ». Et il cite le témoignage de Doran.

De même Doléris, dont on lira plus loin une observation dans ce sens.

Quant à MM. Bouilly et Richelot, ils voient dans l'arthritisme la source primordiale du prolapsus utérin. Mais ils sont à peu près seuls à défendre cet avis. « Les troubles de nutrition, dit M. Richelot, dominant tout ; et, sans eux, les causes mécaniques ne sont rien, si bien que certaines femmes peuvent avoir des déchirures complètes du périnée et les porter longtemps, sans que jamais leurs parois vaginales se déplacent. Au contraire, des jeunes filles vierges, n'ayant subi ni distension ni déchirure, peuvent avoir leur utérus entre les jambes. Il y a des femmes ainsi faites. Ce sont tout simplement des arthritiques ».

Sur les causes nerveuses, il y a un plus grand ensemble d'attestations. Ainsi, Hansen, dans un cas de prolapsus, avec spina bifida, chez une nouveau-

née, évite de se prononcer sur le mécanisme pathogénique, mais penche vers la conséquence d'une perturbation du système nerveux.

Dolérís appuie cette manière de voir. Il voit dans l'innervation vicieuse des ligaments et des parois contractiles des viscères pelviens une cause de prolapsus, non seulement chez les nouveau-nées, où il la considère comme certaine, mais aussi chez les jeunes filles où il la tient pour infiniment probable. Le prolapsus serait en somme une ptose paralytique, analogue à celle qui s'observe du côté de l'estomac, de l'intestin, des reins, etc.

Cette débilité nerveuse, cet état de ptose, trouvent un autre adepte en M. Reynier, dont les observations très catégoriques accusent un cas de prolapsus avec infection évidente de la moelle épinière, et deux cas avec une fièvre typhoïde, chaque fois sans déchirure du périnée.

Il faut encore mentionner pour en finir avec cet ordre de causes, l'épilepsie, comme l'ont fait Barnes, Pichevin et Bonnet, et les pratiques de l'onanisme, comme l'ont fait Martin et Beigel.

Quant à une autre série de causes, concernant la perte des tissus adipeux et l'affaiblissement général de l'organisme, soit à la suite des maladies aiguës ou chroniques, soit par la sénilité réelle ou précoce, M. Martin en est fortement convaincu, et, pour lui, la résorption des tissus graisseux et l'atrophie de l'appareil génital, suffisent à créer des prolapsus

chez des personnes bien portantes et n'ayant pas de grossesses antérieures.

La fièvre typhoïde, la tuberculose, sont des adjutants à ne point négliger ; on pourrait les classer sous la même rubrique de l'affaiblissement général.

De Sinéty n'est point de cet avis. Mais il accueillerait plus volontiers comme cause l'exagération de la pression abdominale. Et dans cette exagération de pression, il faut ranger les tumeurs « qui développent autour d'elles un ramollissement » dit M. de Sinéty. Nonat n'en doute point. Barnes cite un cas de prolapsus dû à une tumeur. Scanzoni croit également à un effet semblable. Il observa un cas où cette tumeur était présentée par la vessie distendue. A cet égard, la thèse de Pierrepont, dont nous rapportons plus loin une observation, est caractéristique, et montre l'action combinée d'une tumeur ovarienne et du col hypertrophié.

Comme cause exagérant la pression abdominale, on peut encore citer la constipation, surtout dans les cas de rétrécissement organique de l'ampoule rectale, les vomissements répétés, comme il apparaît dans une observation de Stepkowsky.

Et ceci répond à l'expérience jadis tentée par Le Gendre et Bastien sur des cadavres : l'utérus n'a fléchi qu'à une tension de 25 kilogrammes et n'a été rompu qu'à une force de 50 kilogrammes. Mais c'étaient des expériences sur des cadavres, et l'on sait que la résistance d'un organisme vivant est inférieure.

Arrivons maintenant aux organes génitaux eux-mêmes et à leur contenant, qui est le bassin.

Beaucoup d'auteurs ont en effet accusé les malformations congénitales ou acquises du bassin. Une observation de Neugebauer, rectifiée par l'autopsie, montre un prolapsus favorisé par un bassin aplati et rachitique. C'est le même cas dont Fritch a parlé, comme résultat d'un spondylolisthesis.

Ce dernier a révélé un autre cas, où il y avait une lordose lombaire si considérable, que l'utérus, privé d'espace, en était propulsé hors du bassin.

A y joindre encore le cas de Veit, dont le malade âgé de quatorze ans, était cyphotique dès les premières années de sa vie.

L'axe d'inclinaison du bassin a aussi son importance. Rütter fait remarquer que si le détroit supérieur devient horizontal, la pression abdominale se transmet plus directement aux organes du petit bassin, les refoulant ainsi vers le périnée.

Il semble donc bien qu'on puisse retenir occasionnellement les anomalies et malformations du bassin, et dans ces anomalies, il faut citer, à côté des rétrécissements, l'élargissement comme l'avance Le Gendre.

Mais voici où le débat devient particulièrement vif et incertain, c'est dans le point de savoir si l'appareil de soutien doit être incriminé avant l'appareil de suspension et avant le col, ou si au contraire l'influence des ligaments doit primer celle du périnée.

Scanzoni a trouvé tour à tour les ligaments et le périnée en défaut, mais peut-être encore plus les premiers que le second. Toutefois, il s'agissait des multipares. Par contre, chez une nullipare qu'il a pu traiter, le prolapsus fut uniquement provoqué par la rupture du plancher pelvien ; mais Scanzoni n'a pas cru devoir donner d'opinion générale.

Reynier, appuyant Trélat, estime aussi d'une façon très nette, que le prolapsus chez les nullipares est occasionné, non précisément par une rupture du périnée, mais par un relâchement des fibres musculaires de soutien de l'utérus. Delanglade incrimine directement le plancher pelvien, et non les ligaments de l'utérus, du moins dans le principe de l'affection. Et pour confirmer son opinion, il veut que le traitement concerne d'abord le périnée et non les ligaments. Mais nous verrons plus loin qu'il ne faut peut-être pas, parce qu'on traite d'abord le périnée, l'accuser d'abord aussi.

Remontant, nous touchons au vagin, dont le rôle étiologique semble effacé. Pourtant de Sinéty invoque la vaginite chronique.

Puis nous rencontrons le col, dont le rôle, pour n'être pas constant, est beaucoup plus réel et s'exprime par l'hypertrophie.

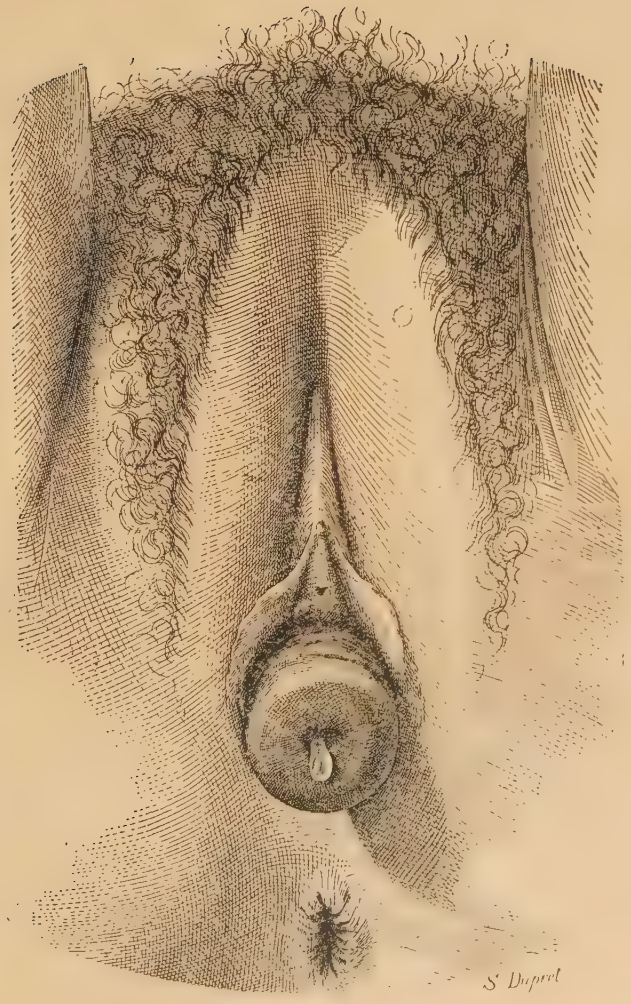
L'hypertrophie du col a été étudiée et incriminée déjà par Hugnier, — mais avant lui encore Levret avait insisté sur ce fait, — puis par Polaillon, par Schuh et par Helmes, qui a, grâce à l'hystéromètre, prouvé d'une façon lumineuse que les trois parties du col

s'hypertrophiaient et qu'alors elles influaient par traction sur la descente de l'utérus.

Nous insérons ici deux gravures qui montreront sur le vif deux cas de cette lésion ; la première, due à l'obligeance de M. le professeur Pozzi, notre président de thèse, qui a condescendu à la distraire à notre profit de son musée, concerne une nullipare dont le col présente un allongement considérable ; l'autre, dont M. le D^r Jayle a bien voulu nous permettre la reproduction (1), présente une nullipare de vingt-cinq ans enceinte de trois mois et at-



1. Gravure publiée par M. le D^r Jayle dans la *Revue Gynécologique*, juin 1907.



S. Dupret

teinte d'un allongement hypertrophique du col avec l'utérus en rétroversion, ce qui est le premier moment du prolapsus.

Plus nombreux sont ceux qui incriminent l'utérus et ses attaches profondes, parce que le rôle de celles-ci est constant.

L'utérus dans ses troubles mécaniques d'abord, c'est-à-dire réalisant chez la nullipare le phénomène indispensable de rétroversion (Courty, West et Sims), et encore quittant sa position inclinée par rapport au vagin, dans l'axe duquel il se place, subissant ainsi plus directement la pression abdominale. L'utérus, dans ses troubles trophiques, dont le principal est l'atrophie, contrairement à ce qui se passe dans le col.

Puis, les attaches de l'utérus. Et ici nous insistons, parce que la majorité des maîtres semble se prononcer pour cette cause.

Ce sont Veit, Courty, De Sinéty, Pichevin et Bonnet, Scanzoni, Polaillon, West, Stepkowsky, Prokownik, etc., etc., dont les affirmations plus ou moins catégoriques font un ensemble décisif. Tout dernièrement encore, M. Reclus n'a-t-il pas ajouté l'autorité de son expérience personnelle dans un cas de prolapsus utérin chez une nullipare en disant : « Nous devons faire intervenir la laxité congénitale des moyens de suspension de l'utérus, les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés, qui maintiennent la matrice en place, sont de résistance médiocre et de structure peu solide ».

En effet on constate des prolapsus sans endomagement du plancher pelvien ni rupture de l'hymen ; on constate des prolapsus sans hypertrophie du col. Mais on n'en constate point sans relâchement des ligaments, en quoi il faut donc voir l'agent essentiel du prolapsus, qu'il y ait ou non en plus rupture du soutien et hypertrophie du col.

Le chapitre des causes déterminantes est infiniment plus simple, parce que ces causes se présentent avec les caractères de l'évidence. Précisons toutefois, et disons que ces causes déterminantes ne sont telles que dans les prolapsus complets et évidents. Peut-être n'ont-elles fait alors qu'accentuer le prolapsus déjà existant.

Ces causes déterminantes chez les nullipares sont ordinairement brusques.

Une peur violente, retentissant immédiatement sur la moelle (Robercon et Withead de Manchester) ; un gros accès de toux (Barnes). Si c'était une toux continue, on ne peut plus la ranger naturellement dans les causes déterminantes, mais il faut la rejeter dans les causes prédisposantes. Un transport de fardeaux exagérés (Stepkowsky), chute sur le siège (Churchill, Munro, Nonat, Scanzoni, Puech, Mundé), des accès de vomissements. De toutes ces causes, détachons en une qui semble être sans exemple du moins publié, et qui se rapporte au traumatisme génital ; une observation personnelle (v. p. 68) nous montre le cas d'une jeune fille de seize ans qui, ayant été violée, présentait un prolapsus complet de

l'utérus, avec hémorragie, trois jours après le viol.

Et l'on comprendra que sont surtout atteintes de prolapsus utérin les femmes ayant des métiers rudes ou des occupations debout : repasseuses, payannes, etc.

Ainsi donc, les causes du prolapsus utérin chez les multipares offrent une très grande diversité. Le tort fréquent des auteurs est peut-être de ne vouloir admettre que celles qui intéressaient leurs cas respectifs et dédaigner les autres. Or, il faut bien reconnaître que chacune de ces causes est appuyée par une ou plusieurs observations, en prenant soin d'ajouter qu'elles ne s'additionnent pas nécessairement dans chaque malade : bref nous disons qu'il y a :

1° Des causes étrangères à l'appareil génital dont les unes, assez communes, sont mécaniques et siègent dans l'abdomen ou le bassin malformé ; et dont les autres sont plutôt individuelles ;

2° Des causes inhérentes à l'appareil génital siègent surtout, soit aux ligaments, soit au col, au vagin, soit au périnée. Et ici elles peuvent mieux se combiner que les causes du premier ordre.

PATHOGÉNIE

Disons maintenant un mot sur la pathogénie de l'affection chez les nullipares. Elle diffère totalement de celle qu'on remarque chez le nouveau-né, où le prolapsus utérin est toujours accompagné de spina bifida et très souvent d'autres malformations, comme les pieds bots, par exemple, et où l'autopsie révèle quelquefois des phénomènes déconcertants. Ainsi Quisling n'a trouvé sur le cadavre d'une nouveau-née aucune lésion anatomique, ayant pu provoquer la descente, ni rien d'anormal dans les organes pelviens. L'enfant était mort d'hydrocéphalie.

La pathogénie de la nullipare semble également différer de la pathogénie chez les parturientes.

D'après Stepkowsky, chez ces dernières le prolapsus primitif est celui du vagin, puis vient celui de l'utérus ; tandis que chez la multipare l'utérus descend le premier, et cet utérus, dans le cas rapporté par cet auteur, n'était pas hypertrophié.

Mais M. Richelot émet un avis contraire : il affirme la descente primitive du vagin et insiste sur ce point, que ce mécanisme de l'affection n'est même

pas dérangé, quand l'utérus est hypertrophié, comme il le rapporte d'après le cas d'une multipare âgée de seize ans et demi. Le poids, dit-il, même hypertrophié, de l'utérus, ne suffit pas à expliquer la descente.

M. Gaillard insiste sur ce fait que l'utérus de la multipare descend d'abord, puis le vagin, mais il ajoute que pour produire la descente de l'utérus, une rétroversion préalable en est nécessaire.

MM. Pichevin et Bonnet accréditent également cette manière de voir : pour eux, c'est l'utérus qui descend d'abord, parce que relâché dans ses ligaments d'attache, il quitte sa statique d'antédirection par rapport au vagin, entre dans l'axe de celui-ci qu'il entraîne à sa suite.

Huguier avait dit, avant eux, que ce n'était point à proprement parler l'utérus qui descendait le premier, mais qu'il y avait d'abord une élongation du col dans sa portion sus-vaginale, et que cette élongation entraînait secondairement le vagin à sa suite.

Bien que Cruveilhier, Hégar, Duplay et Chaput aient réduit ce mode à la valeur d'une complication secondaire et que Bouilly ait réaffirmé l'exception d'une descente primitive de l'utérus, si le périnée reste indemne, nous voyons Helmes reprendre la théorie de l'hypertrophie et de la procidence, secondaire il est vrai, de l'utérus par le poids du col, primitivement hypertrophié.

La pathogénie de l'affection peut donc s'exprimer ainsi :

Elasticité première et excessive des ligaments, dont le relâchement peut être provoqué : 1° soit par un effort brusque sans le concours d'une hypertrophie du col, ni la rupture de l'hymen, ni du périnée ; 2° soit par l'hypertrophie du col ou par la rupture du soutien.

C'est la formule qui semble résulter des nombreux témoignages recueillis et confrontés, et c'est bien la formule qui semble le mieux concilier tous les témoignages.

SYMPTOMES

Si l'étiologie offre maint sujet de controverse, il n'en va pas de même des symptômes dont il suffit la plupart du temps de constater l'évidence.

Ils sont les mêmes chez la nullipare et chez la multipare.

Dans les cas où le prolapsus se développe progressivement, les malades se plaignent pendant longtemps d'une sensation de tension vers les aines et le sacrum, et d'une envie continuelle d'expulser un corps volumineux.

Elles souffrent souvent d'un ténésme vésical et d'une constipation opiniâtre ; tous ces symptômes augmentent en intensité et atteignent quelquefois des degrés insupportables, surtout au moment de l'époque menstruelle, quand l'utérus, congestionné, devient plus gros et plus lourd.

Très souvent les symptômes sympathiques apparaissent dans cette affection. Troubles digestifs, gonflement météoristique des intestins, douleurs cardialgiques ; état nerveux déplorable, hyperesthésie, hystérie aggravent beaucoup le tableau général des symptômes fonctionnels.

Les malades peuvent rester quelquefois des mois et des années dans ce même état. Puis sous l'influence d'un effort un peu considérable, on voit apparaître à la vulve une tumeur ronde ou ovale, qui, en grossissant, dépasse progressivement l'orifice vulvaire, et si en ce moment on n'a pas recours à un traitement convenable ou si la malade est obligée d'exécuter des travaux pénibles, exagérant la pression abdominale, on voit l'utérus apparaître.

L'utérus, grâce à une flaccidité des ligaments, est très mobile et se rétropulse facilement. Le périnée est parfois intact ; l'hymen aussi, malgré même une procidence complète. Les annexes peuvent rester indemnes. Quant aux règles, elles sont normales.

Enfin certains cas présentent la mobilité simultanée du rein.

Dans les cas de prolapsus aigu, comme cela arrive en exécutant un grand effort, ou en soulevant un lourd fardeau, le déplacement de l'utérus est annoncé par une vive douleur vers le sacrum et les régions inguinales et des symptômes nerveux plus ou moins intenses. Les signes physiques ne tardent pas à permettre d'affirmer le diagnostic.

TRAITEMENT

Le traitement est variable suivant le degré du prolapsus et l'âge de la malade. Il peut être simple ou combiné.

Nous nous contenterons de citer le traitement médical, dont l'efficacité est plus que restreinte : d'une part la kinésithérapie, massage bimanuel, employé surtout en Allemagne, en Russie et dans les pays scandinaves, et qui a pour but de rendre de la tonicité aux ligaments utérins et aux muscles du plancher périnéal ; d'autre part un traitement orthopédique, destiné à maintenir au moyen de pessaires les parties prolabées. On se sert de pessaires même après l'intervention chirurgicale, comme nous le verrons plus loin dans l'observation inédite (p. 54) que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Jayle.

Quant au traitement chirurgical qui est beaucoup plus rationnel dans ses nombreuses complications, nous le voyons s'appliquant d'abord au plancher pelvien, opération de contention, puis aux ligaments, opération de suspension, à l'utérus et au col, opération de fixation.

On délaisse de plus en plus les anciens procédés,

dont le plus connu est le cloisonnement longitudinal du vagin de Le Fort, modifié par le cloisonnement transversal de Dubourg.

Goubaroff réalisait un procédé de circonscription quadrilatérale sur les parois antérieure et postérieure du vagin de façon à rapprocher les bords du releveur, reconstituant le plancher pelvien.

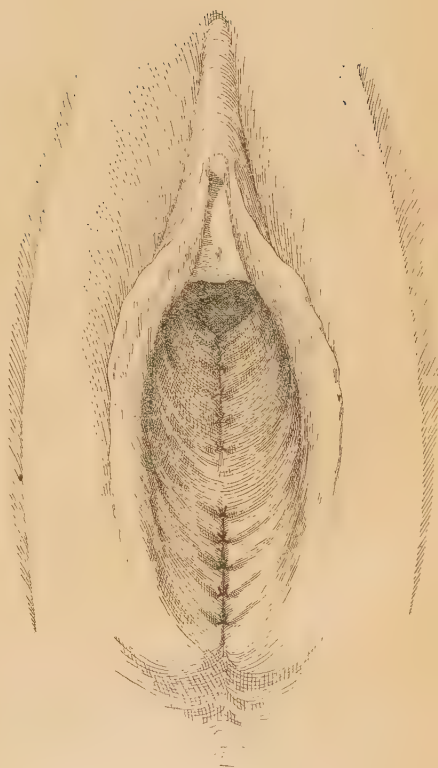
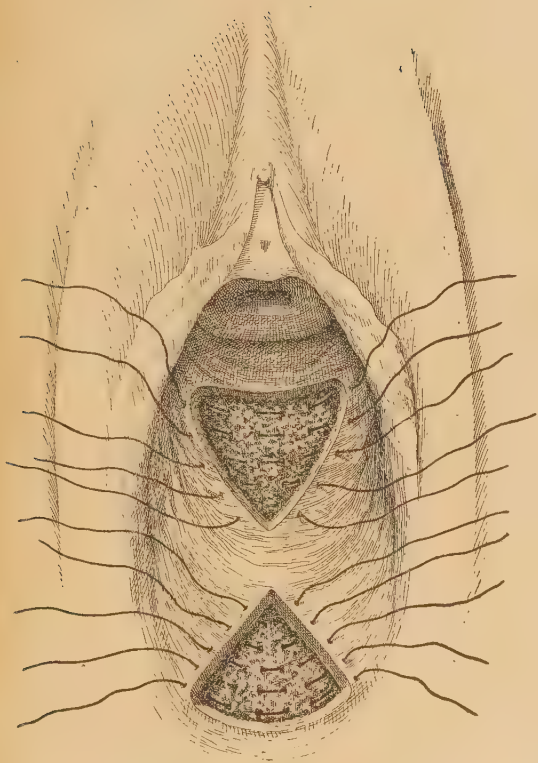
Mais ces procédés le cèdent maintenant aux nouveaux procédés de contention : colporrhaphie antérieure ou postérieure, périnéorrhaphie antérieure ou postérieure, mais rarement employée seule, et combinaison des deux, la colpopérinéorrhaphie.

Celle-ci, qui est très employée, l'a été par M. le Dr J.-L. Faure d'une façon toute spéciale que nous allons décrire avec l'appui des deux dessins ci-joints, se rapportant à notre observation personnelle (obs. XXVI, p. 66.)

L'opération, suivie de bons résultats a eu lieu en deux temps.

1° L'amputation du col et colporrhaphie antérieure à excision quadrangulaire;

2° Colporrhaphie postérieure, à excision triangulaire, sommet inférieur. Ces deux colporrhaphies ont été pratiquées à la partie supérieure du vagin, qui présentait surtout un défaut de sustentation. Puis on termine par une périnéorrhaphie, pratiquée au tiers inférieur du vagin, avec excision triangulaire, à sommet supérieur cette fois. Entre les sommets des deux triangles subsiste une portion de la muqueuse saine.



Quant aux opérations de suspension : raccourcissement des ligaments ronds par les procédés soit d'Alguié-Alexander, soit de Doléris, elles ne semblent guère utiles ; étant donnée la faiblesse excessive des ligaments, elles ne peuvent apporter aux interventions précédentes qu'un adjuvant bien mince et disproportionné au danger présent d'une laparotomie, comme aux dangers futurs d'une gestation contrariée.

Si M. le Dr Reclus l'a tenté, ce n'est, comme il le dit, qu'après les échecs répétés des interventions portant sur le plancher pelvien.

Enfin restent les opérations concernant le corps utérin lui-même, mais toujours subordonnées aux opérations de contention : l'hystéropexie seule ou accompagnée d'un raccourcissement des ligaments ronds, l'hystérectomie vaginale ou abdominale, partielle ou totale.

Pour terminer ce chapitre de traitement nous nous permettrons de mentionner ici le nouveau procédé de traitement, communiqué récemment par M. le Dr Marion à la Société de Chirurgie et qui a été appliqué précisément chez des vierges. Mais les observations n'ayant pas été publiées, nous ne pourrions faire qu'une courte allusion.

Il s'agissait dans les deux cas de jeunes filles de dix-neuf ans, vierges, présentant toutes deux un prolapsus de la partie postérieure du vagin, qui venait faire saillie à l'hymen. Pensant qu'il s'agissait d'une véritable hernie du cul-de-sac de Douglas,

M. Marion eut l'idée de supprimer ce cul-de-sac par une opération appropriée.

Après laparotomie, la malade étant en position déclive et le cul-de-sac de Douglas bien accessible, il plaça ses fils qui s'étagaient sous le péritoine sur toute la hauteur du cul-de-sac. Il réalisa ainsi l'accolement de la face postérieure du vagin à la face antérieure du rectum et suppression du cul-de-sac de Douglas, dans lequel la masse intestinale ne peut plus s'engager.

Le résultat fonctionnel fut parfait, et cette malade, opérée depuis quatre ans, reste toujours guérie de son prolapsus.

Quelque supérieure que soit cette opération, il nous semble qu'elle est disproportionnée avec l'affection qu'elle est destinée à combattre et qu'on doit lui préférer, en règle générale, les opérations plastiques sur le périnée, tout aussi efficaces et qui ne présentent aucun des dangers d'une laparotomie.

OBSERVATION I

(Coffart. — *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1^{er} novembre 1902.

Prolapsus utérin d'une jeune fille de quinze ans

H... jeune fille de constitution très robuste. Quinze ans, taille 1 m. 72, membres proportionnés, a seulement comme passé pathologique, depuis sa naissance, une fièvre intermittente ayant évolué il y a deux ans. Bien réglée, constipation opiniâtre. Elle se livre à des travaux très rudes,

disproportionnés à son âge ; elle doit soulever souvent des sacs très lourds.

Le jour elle ne ressent rien, malgré ses efforts répétés et laborieux. Le soir seulement elle s'aperçoit que « quelque chose semble être descendu ».

Déjà rompue à la fatigue de durs travaux champêtres, elle n'attache d'abord à ce phénomène qu'une médiocre importance, mais sa répétition quotidienne la conduit à réclamer nos soins. L'examen est pratiqué, la jeune fille étant assise d'abord. A l'orifice vulvaire une tumeur à plis radiés caractéristiques fait une saillie de quelques centimètres. Nous constatons immédiatement un prolapsus. Nous serons bref à ce sujet, l'affection ne présentant pas de particularités en elle-même.

La paroi antérieure a cédé la première et c'est elle qui apparaît à la vulve.

L'utérus et ses annexes commencent à suivre le mouvement.

L'hymen, large de 2 à 3 millimètres est formé en croissant à concavité inférieure. De chaque côté il porte une petite encoche à l'union de la moitié supérieure avec le quart suivant, encoches semblant à peu près calquées l'une sur l'autre.

La malade fut opérée à l'hospice départemental de Laon ; une colporrhaphie antérieure fut pratiquée. Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION II

(Richelot)

I. — Le premier cas de prolapsus que j'ai opéré le 15 juin 1887, était chez une jeune fille de dix-sept ans et durait déjà depuis cinq années ; il me résista jusqu'en 1887 et je mis trois ans pour en venir à bout, sans doute mon inexpérience en fut cause, mais aussi la nature particulière de cette enfant dont les parois vaginales s'obstinaient à retomber toujours malgré les cicatrices.

II. — Chez une autre le début remontait à l'âge de quatorze ans, avant qu'elle ne fût réglée, je l'opérai à seize ans et demi le 5 mai 1892 pour un prolapsus total ; il fallut pour la guérir trois colporrhaphies successives dans l'espace de deux mois.

III. — J'ai opéré le 5 mars 1889 une fille de dix-neuf ans.

IV. — Le 5 juillet 1894, une fille de dix-huit ans, qui n'avait eu ni enfant, ni fausse couche.

OBSERVATION III

(Dolérès. — Thèse de Paris, 1904. Ertzbichoff.)

V... Alphonsine, quarante ans.

Réglée à quinze ans, très régulièrement tous les vingt-cinq jours, durée trois à quatre jours, peu abondantes. A dix-huit ans, avant les premiers rapports, la malade découvreit

à la vulve une légère saillie, surtout visible au moment des efforts, grosse comme une noix.

Première grossesse à dix-neuf ans. Spontanée à terme, enfant vivant. Pendant la grossesse, la saillie de l'utérus s'est accentuée, dépassant la vulve de la grosseur du poing. Elle persiste après la grossesse. Essaie de porter un pessaire qu'elle ne peut garder, car il est repoussé et chassé par le poids de l'utérus.

A vingt-deux ans, deuxième grossesse, normale, enfant vivant. L'augmentation du prolapsus décide à une intervention pratiquée à Saint-Louis par M. Péan. Amputation du col pour parer à l'allongement hypertrophique.

Résultat. — Soulagement temporaire, car deux ans après on conseille une opération non acceptée par la malade; une ceinture (pelote périnéale) est portée.

A vingt-sept ans, troisième grossesse. Enfant né à sept mois vivant, mais débile et faible.

Il y a deux ans, on a sectionné à cet enfant les tendons d'Achille, pour corriger la marche défectueuse se faisant sur la pointe des pieds. Résultat satisfaisant. L'enfant marche avec des chaussures orthopédiques.

A trente ans, quatrième grossesse. Accouchement prématuré à six mois. Enfant mort le lendemain. Les troubles fonctionnels sont peu marqués. La malade est gênée dans ses occupations. Sensation de pesanteur et légers tiraillements dans les efforts, qu'elle évite, car elle a l'impression de quelque chose qui s'échappe. Douleurs nulles. Pas de leucorrhée. Pas de constipation. Phénomènes gastriques normaux. Migraines revenant tous les mois. Elle est nerveuse, impression-

nable. La mémoire lui fait constamment défaut, les mots lui échappent.

4 mai 1901. — Actuellement tumeur volumineuse apparaissant au dehors de la vulve et comprenant toute la vessie, la paroi postérieure du vagin et l'utérus. Le rectum ne fait pas partie de la tumeur. Utérus 10 centimètres de profondeur.

Opération le 7 mai. — Chloroforme. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Procédé de M. Doleris.

Colporrhaphie antérieure large triangulaire à base cervicale (grès catgut), colpopérinéoplastie postérieure allant à 12 centimètres de profondeur.

OBSERVATION IV

(Reynier. — Congrès français de Chirurgie.

Séance du 23 octobre 1896.)

OBSERVATION I. — Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-neuf ans, qu'on m'amenait à l'hôpital Tenon, dans un état comateux, ne répondant pas ou mal aux questions, incapable de nous fournir aucun renseignement. L'utérus était complètement prolabé à travers l'hymen intact, et les parents qui nous l'amènèrent nous dirent que la jeune fille était vierge et sage. Depuis dix jours elle était malade, alitée, avec de la fièvre. Il y avait trois jours, que ce prolapsus s'était produit, sans qu'on pût dire comment. La malade ne toussait pas. Elle avait de la diarrhée et après avoir réduit difficilement ce prolapsus et essayé de le maintenir avec un tampon d'ouate et un bandage, nous fîmes passer cette femme, étant

donné son état général, dans un service de médecine, où elle mourait deux jours après. A l'autopsie on trouva des lésions intestinales bien caractéristiques de dothiéntérie.

OBSERVATION V

(Reynier. — Congrès de Chirurgie, 1896.)

OBSERVATION II. — Pour ma deuxième observation il s'agissait encore d'une jeune fille, appartenant à une très bonne famille, très sage, vierge, qui fut atteinte de fièvre typhoïde avec état comateux grave, stupeur. Elle guérit ; pendant la convalescence, elle n'était pas encore levée, quand sous l'influence de la toux il se produit un prolapsus utérin, dont on ne s'aperçut que quand l'utérus était prolabé hors de l'hymen. Le médecin, qui est mort à l'heure actuelle, le Dr Grange, qui la soignait, et dont je tiens tous ces détails, le réduisit ; mais l'utérus tendait toujours à se prolaber.

Il eut alors recours, quand la malade fut un peu plus forte et guérie de sa fièvre typhoïde, à des injections de tannin, pour resserrer les tissus. Enfin, de guerre lasse, il ordonna des immersions du siège dans l'eau froide ; tous les matins dans un bain presque glacé, on plongeait par le siège la malade malgré ses cris, le traitement lui était très désagréable ; je tiens ces renseignements complémentaires de la malade, qui vit toujours, ne s'est pas mariée, et dont je peux attester encore la virginité.

Sous l'influence de ce traitement prolongé pendant deux

mois, l'utérus cessa de se prolaber et resta réduit. La malade est aujourd'hui âgée de cinquante-huit ans et son prolapsus ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION VI

(Reynier. — Congrès français de Chirurgie, 1896.)

OBSERVATION III. — Dans ma troisième observation c'est à la suite de surmenage, sous l'influence d'un effort prolongé, exagéré, mais où encore le rôle du système nerveux est bien manifeste, que le prolapsus s'est produit.

Il s'agissait d'une fille de ferme dont l'intelligence était obtuse, mangeant mal, couchant avec les vaches ; elle était maigre, chétive. Un jour on s'amuse à lui faire porter un sac de pommes de terre dans lequel on aurait mis de grosses pierres.

Elle se força, et à moitié chemin, n'en pouvant plus, elle sentit l'utérus lui descendre entre les jambes. Dans ce cas, il y avait l'effort comme cause occasionnelle : le surmenage et la dépense trop grande de force nerveuse comme cause prédisposante.

Cette fille entra un mois après dans mon service. L'utérus au moindre effort de toux se prolaba hors du vagin à travers l'hymen intact. Il y avait un grand relâchement du plancher périnéal sans déchirure.

Je lui fis une hystéropexie avec colpopérinéorrhaphie. La malade sortit, son utérus se maintient.

OBSERVATION VII

(Liebmann. — *Centralblatt für Gynecologie* n° 41, 1894.)

Fille de dix-sept ans, mal constituée, occupait une place de femme de chambre dès l'âge de onze ans. La mère est morte de tuberculose pulmonaire. La malade est réglée depuis l'âge de quinze ans et régulièrement toutes les quatre semaines deux ou trois jours. Pendant le deux dernières années elle a remarqué une tumeur à la vulve pendant les accès de toux et à la défécation. Dernièrement elle se portait mal, toussait beaucoup et transpirait pendant la nuit. La malade mal nourrie, de constitution faible, présente des muqueuses pâles, des muscles flasques, les deux sommets pulmonaires infiltrés.

Dans ce cas, faut-il attribuer le prolapsus à la pression abdominale, exagérée par la toux, violente et chronique, ainsi qu'au mauvais état général suivi de l'affaiblissement des ligaments utérins, des muscles pelviens et des parois vaginales ?

OBSERVATION VIII

(Prochownick. — *Arch. für Gynækologie*. Bd. 1834.)

Une fille de vingt ans, femme de chambre, est venue consulter pour une tumeur à la vulve et pour incontinence d'urine. Cette affection s'est produite peu à peu pendant sept mois, sans accès aigus. Il pendait à la vulve une tumeur du volume d'un poing d'adulte avec un enfoncement central en

entonnoir, au fond duquel se voyait deux orifices utérins. L'utérus est double et laisse passer la sonde utérine par les deux ouvertures à la profondeur de 7 cm. 5 Les parois du vagin sont minces et si pauvres en tissu cellulaire, qu'elles paraissent tapisser directement le squelette du bassin généralement rétréci. Enfin la paroi abdominale est flasque et tapissée d'une mince couche de tissu grasseux.

OBSERVATION IX

(Aubinais. — *Gazette des Hôpitaux*, 1866, 18 août.)

Il y a déjà une trentaine d'années, je fus appelé à soigner une jeune paysanne qui jouissait d'une brillante santé et qui assurément n'avait point eu de rapports sexuels, car sa moralité était à l'abri de tout soupçon.

Cette jeune fille, qui paraissait avoir une vingtaine d'années, était atteinte depuis quelques jours d'une précipitation à la vulve du corps de l'utérus.

Cet accident avait été le résultat des manœuvres suivantes : On était dans la saison des foin ; deux jeunes paysans voulurent essayer la force de leurs bras. Dans le but d'effrayer la jeune fille qui était occupée avec eux à faire une meule de foin, ils prirent la jeune fille par-dessous chaque aisselle et secouèrent violemment le corps en dehors de la meule de foin, qui était élevée de plus de 3 mètres au-dessus du sol. Le corps était dans une position verticale, et les intestins pesaient de tout leur poids sur l'utérus. Dans les secousses imprimées au corps, la matrice fut tellement abaissée

qu'elle fut précipitée à la vulve et vint faire saillie entre les grandes lèvres.

La pression de l'organe sur l'ouverture du canal de l'urètre rendait l'émission de l'urine difficile. Après avoir vidé la vessie à l'aide d'une sonde, je réduisis l'utérus ; pour ce faire, je plaçai la malade sur un lit ; je fléchis les jambes sur les cuisses, afin de relâcher les muscles cruraux et abdominaux, et à l'aide du doigt index mouillé d'huile d'olive, je refoulai l'utérus dans le bassin.

J'eus soin, dans la crainte que l'organe ne vînt à baisser, de favoriser sa position normale en maintenant pendant huit jours la malade étendue sur un lit, de telle sorte que la tête se trouvât dans une position déclive par rapport au siège qui était soulevé par un oreiller.

Cette précaution suffit et je n'eus pas besoin de recourir au tamponnement du vagin, non plus qu'à l'application d'un pessaire.

Lorsqu'au bout de huit jours de repos au lit, je pratiquai attentivement le toucher, j'obtins la certitude que l'utérus était bien réduit et avait pris sa position naturelle.

Un an environ après l'accident, la jeune fille me fut conduite par sa mère qui était une femme de bon sens. Celle-ci me dit quelle désirait savoir de moi s'il n'y avait pas quelque inconvénient à marier la jeune personne.

Je m'assurai par un toucher attentif que la matrice occupait sa position naturelle. Le mariage eut lieu. J'ai eu occasion de toucher cette femme dans l'intervalle de ses grossesses et de l'accoucher trois fois et j'ai pu m'assurer qu'elle était parfaitement guérie de son prolapsus utérin.

OBSERVATION X

(Trélat. — *Clinique chirurgicale*, 1891, page 623.)

Notre seconde malade, M^{lle}. Blanche, vingt-deux ans, lingère, est entrée le 7 mai 1887 et est couchée au numéro 1 de la salle Sainte-Catherine. C'est une jeune femme, grande, blanche, à chairs un peu molles, mais cependant d'aspect agréable. Sa mère morte à trente-deux ans, aurait porté un pessaire, nous dit-elle, elle a une sœur très bien portante. Habituellement constipée depuis son enfance, elle a été réglée à l'âge de seize ans ; depuis elle a vu régulièrement. Légères pertes blanches dans les époques intercalaires. A l'âge de dix-huit ans, il y a quatre ans, elle fut violemment déflorée.

Une hémorragie abondante se produisit, les parties génitales furent tuméfiées, et elle ne fut rétablie qu'après trois semaines de traitement par les bains et l'application de poudres. Un an après, il y a trois ans, elle présentait des symptômes manifestes de la syphilis et fut traitée à la Charité pendant trois semaines pour une roséole généralisée ; elle est encore en puissance de syphilis, car il y a quatre mois elle a eu un psoriasis palmaire et plantaire incomplètement guéri aujourd'hui.

Il y a deux ans, en juillet 1885, elle fait une fausse couche de trois mois et se relève après quinze jours de lit sans la moindre complication. Aujourd'hui, elle se présente à nous avec un prolapsus utérin léger accompagné de rectocèle et de cystocèle ; la rectocèle elle-même est compliquée de pro-

lapsus rectal. L'histoire de ces multiples déplacements est assez difficile à saisir chez notre malade.

Il y a trois ans, dit-elle, à la suite d'une constipation opiniâtre, elle aurait deux ou trois fois constaté le prolapsus du rectum. Depuis sept mois le déplacement se serait produit plus fréquemment et surtout depuis quelques semaines ; à chaque selle, sous le moindre effort, le prolapsus se produit et s'accompagne parfois d'une légère hémorragie et d'une expulsion de matière glaireuse, gélatiniforme.

L'examen de notre malade révèle des particularités intéressantes. La vulve est normale d'aspect, plutôt petite que grande. Le corps périnéal ne forme plus un plan résistant, solide et ferme ; il est réduit à une bande mince et étroite, dont les doigts placés dans le vagin et l'anus perçoivent nettement la débilité. L'orifice anal est manifestement relâché, on déplisse très facilement les plis radiés et l'index s'y introduit aisément.

Le col utérin n'est point déformé, l'utérus mesure 72 millimètres à l'hystéromètre. Si l'on provoque des efforts, on voit le périnée se bomber comme dans la période d'expulsion d'un accouchement normal, la vulve se dilate légèrement et on voit se dessiner dans le champ de l'orifice deux saillies séparées par un sillon transversal, saillies qui appellent immédiatement l'idée de cystocèle et de rectocèle. Cette dernière est même beaucoup plus prononcée ; et tandis qu'elle s'accuse, on voit sortir par l'orifice anal un bourrelet muqueux, qui atteint bientôt 4 à 5 centimètres. Ce prolapsus rectal peut même, dans la position accroupie, acquérir le volume d'un œuf de poule. Le doigt introduit dans le vagin sent le col utérin descendre de 3 à 4 centimè-

tres pendant les efforts. Ce signe, d'accord avec la mensuration qui nous a indiqué un utérus peu augmenté de longueur, permet d'affirmer la simplicité de ce prolapsus. Quant à la cystocèle, à la rectocèle, elles n'en sont pas moins réelles, la sonde introduite dans la vessie doit être dirigée en bas et on la perçoit à travers la paroi vésico-vaginale saillante, le doigt introduit dans l'anus se recourbe pour pénétrer dans la rectocèle. Cependant il y a une particularité ; quand le prolapsus rectal se produit par l'anus, la rectocèle, cela est facile à comprendre, disparaît aussitôt, et il ne reste plus qu'une saillie formée par le prolapsus de la paroi vaginale postérieure.

OBSERVATION XI

(Pierrepont. — Thèse de Paris, 1904).

Des prolapsus génitaux symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes

Jeanne A..., est une jeune fille de vingt-deux ans, dont les antécédents héréditaires et personnels, n'offrent aucune particularité intéressante, qui n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Elle a été réglée à treize ans et demi.

Depuis le moment où elle a commencé à souffrir, la malade n'a eu ses règles qu'une fois et elle a cru remarquer qu'elles étaient moins abondantes que de coutume. Des pertes blanches, intermittentes et peu accusées, sont apparues depuis trois ou quatre mois.

Les douleurs devenant de plus en plus vives, M^{me} A..., se décide à entrer à l'hôpital Broca le 27 avril 1903.

Ces douleurs, dont l'apparition remonte à un mois environ,

sont localisées au niveau de la fosse iliaque droite, sourdes et continues, une pression même superficielle les exagère. Elles diminuent notablement par le repos au lit. La palpation permet de délimiter une tumeur, qui paraît s'être développée aux dépens de l'ovaire droit.

La malade est en outre atteinte de prolapsus de la matrice, prolapsus qui s'est produit, dit-elle, au moment de ses premiers rapports, il y a environ huit mois.

On aperçoit en effet au niveau de la vulve le col utérin qui a conservé sa forme normale. M^{me} A..., dit n'avoir jamais été sérieusement incommodée par cette chute de l'utérus. Elle ne souffrait pas et n'éprouvait de ce chef aucune fatigue ; les règles avaient continué comme par le passé, sans aucun changement.

On porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit, compliqué de prolapsus de l'utérus, causé par un allongement hypertrophique d'une part et la tumeur ovarienne d'autre part.

30 avril 1903. — M. le Dr Jayle fait une laparotomie pour extraire cette tumeur. Incision remontant jusqu'à l'ombilic le contournant un peu à droite : la paroi saigne abondamment ; dès l'ouverture du ventre, on constate des adhérences de l'épiploon à la paroi. La tumeur elle-même est adhérente à droite avec extrémité inférieure du cæcum, à gauche également avec l'S iliaque et, d'une façon générale, avec plusieurs points de la paroi pelvienne. Il y a eu manifestement autour de la tumeur des poussées de péritonite.

La main droite, introduite dans l'abdomen, permet de rompre toutes les adhérences, qui sont lâches et de sortir la tumeur. La trompe correspondante est très congestionnée,

d'une teinte rouge violacée du volume du petit doigt. Ablation de la tumeur et de la trompe, ligature du pédicule.

On constate alors que le cul-de-sac vésico-utérin est un peu effacé, surtout à gauche par suite d'adhérences récentes : déplissement du cul-de-sac.

A l'examen des annexes gauches, on trouve deux petits kystes sous-tubaires, du volume d'une noisette, qui sont enlevés. L'ovaire est un peu gros et scléro-kystique ; si la malade n'était pas si jeune, on en eût fait l'ablation. Il est impossible d'obtenir une hémostase parfaite par suite de la rupture des adhérences. Suture de la paroi après drainage ; au cours de la suture on voit saigner une adhérence épiploïque qui a été détachée. On met une ligature à ce niveau. Les suites opératoires ont été simples et la malade a guéri sans incident.

M^{me} A..., dont nous avons pris des nouvelles au mois de mai dernier, avait vu se reproduire quelque temps après son opération, la chute utérine qui l'oblige actuellement à porter un pessaire.

OBSERVATION XII

(Fr. Stepkowski. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 10 août 1898.)

K... Rose, âgée de vingt-cinq ans, entrée dans le service le 28 décembre 1897. Parents vivants, père bien portant, mère faible, chétive, toussant toujours ; un frère, deux sœurs non mariées, sont tous bien portants.

Notre malade a eu souvent des accès de vomissements

avec douleurs abdominales à l'âge de sept à douze ans ; elle ne peut déterminer plus précisément ses douleurs : il n'y avait jamais de sang dans ses vomissements. Etant jeune elle était maigre et chétive. A l'âge de quatorze ans, elle portait déjà des sacs de 40 à 50 kilogrammes de blé et de pois. Réglée à l'âge de dix-sept ans, elle a déjà remarqué quelques mois avant ce temps que l'utérus se montrait en partie en dehors de la fente vulvaire. Trois ans plus tard l'utérus tout entier avec le vagin inversé se trouvait hors de la vulve. Cet état dura quatre ans. Les règles abondantes viennent régulièrement toutes les quatre semaines durant huit à dix jours. Depuis six ans la malade habite la ville, occupant une place de servante et travaille beaucoup. Depuis quelques années, elle tousse souvent. Hauteur de taille 1 m. 44, le squelette et le système musculaire régulièrement développés, couche graisseuse suffisante, abondante dans la paroi abdominale.

L'examen du thorax révèle à la percussion de la submatité à la région suscapulaire gauche, et à l'auscultation, une respiration indéterminée à la base ; les poumons sont normaux à la percussion, à l'auscultation, respiration vésiculaire avec des ronflements sonores dispersés. Cœur normal.

Dimension du bassin : sp. 24,0 ; cr. 26,5 ; tr. 30,5 ; conj. exter. 18,0. L'intervalle de la symphyse à l'appendice xiphoïde est de 24 centimètres, à l'ombilic, 12 centimètres, à l'épine iliaque antérieure 16 centimètres. Pas de déplacement visibles dans les organes abdominaux.

Urine sans albumine, 1.300 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

Une tumeur couverte de la muqueuse vaginale fait saillie hors de la vulve ; l'inversion du vagin commence en avant du

méat urinaire, en arrière, dès le bord tégumentaire du péri-née. Dans la partie inférieure de la tumeur on remarque un orifice ovalaire à bords égaux et lisses, la muqueuse est hypertrophiée tout autour, sèche et comme parcheminée, présentant par place des ulcérations superficielles. La circonférence de la tumeur à la base est de 25 centimètres ; la longueur de la paroi antérieure 12 cm. 5, celle de la paroi postérieure 11 centimètres, Un catheter introduit dans l'urètre se dirige en bas (cystocèle) ; pas de chute de la paroi antérieure du rectum. La longueur de la cavité utérine égale 8 centimètres. L'hymen est atrophié sous la pression de la tumeur, mais ses vestiges sont visibles à droite dans le tiers supérieur, sous forme d'un bourrelet de 2 mm. 5 ; à gauche et en bas 2 millimètres de largeur.

OBSERVATION XIII

(Polaillon. — *Maladies des femmes*, p. 489.)

Prolapsus complet de l'utérus survenu sans accouchement antérieur

G... Julia, âgée de vingt-six ans, cultivatrice, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1897.

Sa mère est morte d'une tumeur ; c'est le seul renseignement qu'elle puisse fournir. Son père est bien portant. Elle a cinq frères et sœurs également bien portants.

Elle a été réglée vers seize ou dix-sept ans, et depuis lors ses règles ont toujours été normales, régulières. Elle est habituellement très constipée et a de l'anémie. Elle n'a jamais

eu de couche, ni de fausse couche. Elle vit à la campagne et fait beaucoup d'efforts, portant des fardeaux et se livrant aux travaux de la culture.

Le début du prolapsus a été insidieux. En 1895, il y a par conséquent deux ans, la malade, gênée pour marcher et souffrant de douleurs qu'elle compare à des tiraillements dans le ventre, aperçut pour la première fois, entre les lèvres, une tumeur qui était déjà grosse comme un œuf.

La tumeur diminua considérablement par le repos au lit.

La malade s'en préoccupa peu et la descente de l'utérus augmenta lentement. Actuellement la marche est très gênée.

Il y a dysurie et du ténesme anal. Parfois surviennent des nausées et des crises de vomissements.

Entre les grandes lèvres sort une masse piriforme, dont la petite extrémité est dirigée en bas et un peu en avant. A la partie inférieure de cette masse on voit l'orifice du col de l'utérus. Le col n'est pas hypertrophié. La longueur du prolapsus est d'environ 12 centimètres. Sa couleur est celle de la muqueuse vaginale retournée en doigt de gant. On remarque à sa surface, des érosions produites par les frottements répétés des cuisses. Lorsque la malade a ses règles, le col et la partie inférieure de la muqueuse vaginale prennent une teinte violacée.

A la palpation on sent à travers la paroi muqueuse, l'utérus qui occupe la partie inférieure du sac vaginal. Cet utérus est petit. On sent aussi les trompes entraînées par l'utérus et sur les côtés de cet organe deux petits corps arrondis, dont la pression éveille une douleur spéciale et qui manifestement sont les deux ovaires.

Quand on cathétérise la vessie, on voit que la sonde s'incline

en bas et l'on sent que son bec vient butter contre la paroi antérieure du prolapsus. De même un doigt introduit dans le rectum et recourbé en crochet pénètre dans la partie postérieure du sac. Vessie et rectum sont donc en partie retournés et descendus avec l'utérus et ses annexes. On peut réduire le prolapsus en le repoussant graduellement vers la vulve. Mais la réduction ne se maintient pas.

Traitement. — Hystéropexie complétée par une colpopérinéorrhaphie.

OBSERVATION XIV

(Jaloufet. — *Journal de Chirurgie, de Médecine et de Pharmacie* de Roux, 1775.)

Elisabeth G..., femme E..., paroisse d'Aillant âgée de trente-cinq ans, mariée depuis neuf ans et n'ayant jamais eu d'enfant, devient grosse. Elle portait depuis l'âge de quinze ans une descente complète de la matrice avec un renversement total du vagin ; elle était réglée lorsque cet accident lui arriva. Elle l'attribuait à une imprudence qu'elle fit pendant ses règles, elle se mit dans l'eau dans cet état ; elle en ressentit des douleurs violentes, à la suite desquelles parut une descente. Voilà ce qu'elle m'avait dit : le soir elle faisait rentrer à son gré la descente qui retombait le matin en se levant. Enfin elle devint grosse au bout de neuf ans. Dans toute sa grossesse elle portait ainsi son enfant, la matrice étant entièrement sortie des lèvres, ne se sentant d'autres incommodités qu'une difficulté d'uriner sur la fin

de sa grossesse, à laquelle elle remédiait en soulevant son fardeau.

OBSERVATI ON XV (Traduction personnelle)

(Arthur Helmes. — *British Medical Journal*, 1896.)

A. B..., vingt et un ans, jeune fille, bien constituée, vient à ma clinique pour une « chute du ventre ». Réglée à dix-sept ans, tous les mois, régulièrement pendant sept jours peu abondamment. A l'âge de dix-huit ans, elle commença à sentir une gêne et une pesanteur dans le bassin. Mais les règles restaient régulières. Quelque temps plus tard, quoique la malade ne se souvienne pas exactement combien, elle remarqua une masse entre les grandes lèvres. Mais elle fut deux ans et demi sans en parler à sa mère qui alors trouva que « le ventre lui sortait ».

Octobre 1895. — Sa situation se présentait comme ceci : le col, très augmenté de volume, est visible à l'orifice vulvaire. Il n'y a aucun prolapsus de la paroi antérieure ou postérieure du vagin, mais elles sont raccourcies.

A l'examen manuel, le fond de l'utérus est sensible derrière le symphyse pubien. Le col peut être repoussé dans le vagin et y reste aussi longtemps que la malade est couchée, mais dans la position debout, ou après un peu de marche, le col apparaît de nouveau à l'orifice vulvaire.

A l'examen du col à l'orifice vulvaire, il semble bien qu'il y a hypertrophie du col en chacune de ses trois parties. La partie sous vaginale en est hypertrophiée et passe de $1\frac{1}{2}$ pouce à $1\frac{1}{4}$; la partie vaginale, $1\frac{1}{4}$ pouce ; ensemble elles mesu-

rent $2\frac{1}{2}$ pouces laissant encore au-dessus d'elles une mesure, faite par la sonde, de $2\frac{1}{4}$ pouces ; déduisant de ces $2\frac{1}{4}$ pouces la longueur normale du corps utérin, qui a en moyenne $1\frac{1}{2}$ pouce, il nous reste $\frac{3}{4}$ de pouce, qui représente probablement l'hypertrophie de la partie supra-vaginale du col.

La malade étant au lit, l'orifice externe du col arrive juste au delà de l'orifice vulvaire, et le fond du corps se trouve à son niveau normal. Si, cependant, la malade se met dans la position debout, l'orifice externe du col se projette de $\frac{3}{4}$ de pouce dans l'ouverture vulvaire, il y a par conséquent une descente de l'utérus entier ; c'est-à-dire qu'il y a une propulsion de conséquence, due au poids du col hypertrophié.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Jayle.)

Prolapsus utérin chez une nullipare avec rétroversion

M^{lle} X..., dix-huit ans.

Réglée à treize ans. Règles régulières, très abondantes, durant huit jours, douloureuses le premier jour. Pertes blanches et jaunes depuis un an environ. Pas de douleurs. Depuis fin mars 1908, la malade s'est aperçue que le col utérin venait à la vulve et faisait issue à travers l'orifice vaginal.

Examen. — Il s'agit d'une malade, bien conformée, d'excellente santé générale, d'une taille un peu supérieure à la moyenne, sans maigreur et sans embonpoint, à système musculaire peu développé.

La région vulvaire ne présente rien de particulier à signaler; les tissus sont bons, fermes, de coloration normale. L'orifice vaginal est bordé par un hymen bien développé, non scléreux. Quand la malade est couchée et au repos, cet orifice n'est pas béant. Quand elle pousse fortement ou qu'elle est debout depuis un certain temps, l'orifice vaginal s'entr'ouvre pour donner issue au col, qui ne sort pas encore complètement, mais dont l'extrémité inférieure commence néanmoins à faire saillie hors de l'orifice vaginal.

Le col mesure environ 2 centimètres de diamètre et ne présente aucune malformation; l'orifice est central, légèrement ovalaire, mesurant environ 2,5 mm. à 3 millimètres dans son diamètre transversal; les lèvres sont légèrement enflammées par suite d'une endométrite suppurée légère dont le début remonte environ à un an.

Les parois vaginales extérieure, postérieure et latérale du vagin sont normales, restent à leur place quand la malade pousse, et, par conséquent, ne font aucune hernie.

Au toucher, on trouve que le col de l'utérus est un peu long, plus que normalement. Le corps utérin est dans la cul-de-sac de Douglas, l'utérus étant en rétroversion et rétroflexion.

Dans les culs-de-sac latéraux, soit au toucher simple, soit au toucher combiné au palper, on ne trouve aucune tumeur. Il n'y a pas de lésions annexielles.

L'examen du ventre et de la paroi en particulier montre un peu de faiblesse générale et de laxité des tissus. Il n'y a pas de ptose abdominale à proprement parler, car la malade est jeune, mais une prédisposition certaine à cette ptose.

Diagnostic. — Prolapsus de l'utérus au second degré,

causé par un allongement hypertrophique du col, la rétroversion et la rétroflexion et de la laxité des tissus pelviens.

Opération. — Le 30 mai 1908 par M. le Dr Jayle.

L'utérus a été légèrement dilaté par une laminaire. On continue la dilatation au moyen des bougies de Hégar jusqu'au numéro 32. Curettage de l'utérus dont la profondeur est de 8 centimètres, dont 5 cent. 5 environ pour le col ; on ramène peu de fongosités. Amputation plastique du col, ramenant l'utérus de 8 à 6 centimètres avec éversion circulaire de la muqueuse cervicale, de manière à parer à toute sténose consécutive ; suture au fil d'argent.

L'utérus est ramené en avant par un double raccourcissement des ligaments ronds à droite et à gauche (opération d'Alquié-Alexander).

L'incision a été faite avec soin dans la région pileuse de manière à ne laisser aucune cicatrice visible. Les ligaments ronds avaient de chaque côté leur grosseur ordinaire, c'est-à-dire qu'ils formaient un cordonnet d'environ 2 millimètres et demi de diamètre ; ils ont été raccourcis sur une longueur d'environ 7 centimètres. L'utérus étant dès lors ramené contre la paroi abdominale.

Suites opératoires. — La malade est guérie simplement sans aucune complication. Les fils du col ont été retirés le douzième jour. Les fils de la paroi ont été enlevés le cinquième jour et les agrafes le troisième jour.

La malade s'est levée le quinzième jour.

Un pessaire de Hodge, qui est retiré chaque soir, a été mis à partir du quinzième jour pour bien maintenir l'utérus dans sa nouvelle situation. Il sera conservé plusieurs mois.

Revue au bout d'un mois, la malade va très bien, ne perd

plus en jaune et conserve son utérus, remonté à sa place naturelle.

OBSERVATION XVII

(Villemain. — *Gazette hebdom. de Méd. et de Chirurgie*,
n° 5, p. 96.)

Jeune fille de quatorze ans, le col atteint d'allongement hypertrophique, débordait de 4 centimètres les petites lèvres. L'enfant racontait que deux ans auparavant, en faisant effort pour soulever un fardeau elle avait éprouvé dans le bas-ventre une douleur assez vive pour avoir perdu connaissance ; c'est à partir de cet incident qu'elle a senti son col faire saillie entre ses lèvres ; mais elle n'a pas osé parler de son infirmité. Quelques jours avant son entrée elle a éprouvé de nouveau en soulevant un fardeau une vive douleur dans le ventre, s'est trouvée mal et pressée de questions a avoué ce qui la faisait souffrir.

D'abord il a été fait une résection du col ; puis comme l'étroitesse du vagin rendait les procédés vaginaux impossibles, on a pratiqué l'hystéropexie abdominale, actuellement on sent l'utérus en place par le toucher vaginal.

OBSERVATION XVIII

(Routier. — 23 octobre 1896.)

Le prolapsus était complet. A dix-huit ans, cette infirmité

s'était produite à la suite d'une chute de voiture ; après avoir porté pessaire, elle devint enceinte, accoucha et fut traitée par un de mes collègues des hôpitaux, qui lui pratiqua l'opération d'Alexander.

Guéri deux mois, le prolapsus se reproduisit, je fis un cloisonnement de Le Fort, qui tout d'abord parut réussir, mais elle résorba sa cicatrice vaginale et l'utérus sortit à nouveau. Dans une troisième tentative je pratiquai une colporrhaphie antérieure et postérieure, et une périnéorrhaphie, ce qui donna encore une guérison de quelques mois.

De guerre lasse je fis une hystérectomie vaginale et une périnéorrhaphie.

Cette fois la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XIX

(S. Bedford. — *Maladies des femmes. Leçons cliniques*, traduit de l'anglais par Gentil, 1860.)

Prolapsus de l'utérus chez une femme âgée de dix-neuf ans, non mariée, survenu à la suite d'une chute

J... M..., se plaint de douleurs à la partie inférieure du dos et d'une sensation déchirante dans les aines, en même temps que d'un besoin incessant d'uriner, puis de temps à autre de nausées. Elle était encore, dit-elle, il y a deux ans, une gaie et forte fille ; à cette époque se trouvant en voiture les chevaux devinrent rétifs ; effrayée elle s'élança de cette voiture et tomba avec violence sur les genoux. A peu de

jours de distance les symptômes qu'elle énumère commencent à se manifester et ont continué jusqu'ici avec plus ou moins d'intensité.

Vos règles ont-elles apparu depuis ?— Elles viennent régulièrement.— A leur retour chaque mois éprouvez-vous plus de difficulté pour uriner ?— Oui monsieur, et ce besoin est fréquent.

OBSERVATION XX

(Aran)

Dix-sept ans, vierge d'enfants, qui vit se produire un prolapsus à la suite d'une chute dans un escalier.

OBSERVATION XXI

(Puech. — Cité par Courty, *loc. cit.*, p. 828.)

Jeune fille de vingt ans, vierge.

Le déplacement fut causé par un effort violent pour soulever un fardeau.

La tumeur refoulait fortement l'hymen qui ne fut cependant pas déchiré.

La réduction opérée, la malade fut soumise à un traitement antiphlogistique, bains, sangsues, et, à la suite de deux mois de repos au lit, la guérison fut complète, si bien que cette femme mariée plus tard eut deux enfants sans que le prolapsus se reproduisît.

OBSERVATION XXII

Scanzoni. — *Traité pratique des maladies des organes, sexuels de la femme*. Wurzburg, 1858, traduit par Dor et Socin.

Jeune fille âgée de seize ans déjà privée de sa virginité, chez laquelle la rupture était arrivée tout d'un coup en soulevant une lourde corbeille remplie de linge mouillé.

L'étroitesse de la vulve, la tonicité considérable des parois du vagin, firent supposer dans ce cas une longueur ou une élasticité extraordinaire des ligaments utérins.

Dans d'autres cas où les femmes n'avaient pas non plus accouché, la cause de la maladie était toujours un relâchement considérable des parois du vagin à la suite d'une leucorrhée de longue durée ou d'excès de coït.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Le Masson.)

X... Jeanne, entre pour la première fois le 30 octobre 1903 à la clinique Beaudelocque, salle Levret, service de M. le professeur Pinard pour un prolapsus complet, occasionné par un kyste de l'ovaire, et qui était diagnostiqué par M. Pinard.

Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier. C'est une jeune fille de vingt et un ans, qui n'a jamais eu ni grossesse, ni fausse couche. Réglée à quatorze

ans et demi irrégulièrement. Avant son entrée elle a subi plusieurs examens gynécologiques.

9 octobre 1903. — M. le professeur Paul Segond pratiqua une laparotomie. On se trouve en présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit du volume d'une petite tête de fœtus, et d'un ovaire gauche kystique. On a successivement enlevé ces deux annexes, et l'opération était terminée par une hystéropexie. Les suites de l'opération étaient normales et la malade est sortie en parfait état le vingt-cinquième jour.

Mais à la suite de fatigues exagérées, résultant de sa profession d'une part (elle était charcutière) et de la prédisposition d'autre part (tissus de mauvaise qualité), au bout de quatre mois environs après son opération, il se manifesta de nouveau un prolapsus complet avec cystocèle et rectocèle.

La malade était de nouveau admise à la clinique Beaude-locque, salle Levret le 19 juillet 1905.

26 juillet 1905 — M. le Dr J.-L. Faure fit une seconde opération, qui consistait en une colporrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie.

Les suites de l'opération étaient normales, la réunion parfaite. La malade a été revue à plusieurs reprises depuis par M. le Dr Le Masson, qui a constaté l'intégrité du périnée mais avec une certaine tendance au prolapsus. Cependant depuis cette époque, la malade qui a changé de profession, ne travaille plus debout.

OBSERVATION XXIV

(Reclus. — *Gazette des Hôpitaux*, 12 mars 1908.)

Il s'agit d'une Bernaise de vingt-quatre ans, nerveuse,

d'apparence assez frêle et réglée à dix-huit ans, elle s'aperçut, après des marches un peu longues ou quelque fatigue dans la maison, d'une grosseur apparaissant entre les lèvres de la vulve ; elle éprouvait en même temps quelques troubles de la miction, des envies plus fréquentes d'uriner, de la douleur dans les reins et de la pesanteur dans le bas-ventre. L'apparition des menstrues d'abord tous les deux mois, puis tous les mois, ne modifie ni en bien ni en mal les légers accidents dont souffrait la malade.

Peu à peu ils s'accrurent, la fatigue fut plus précoce, la pesanteur dans les reins plus lourde ; les troubles de la miction allèrent parfois jusqu'à une rétention momentanée d'urine ; dans l'intervalle des règles il y eut des pertes blanches abondantes ; c'est alors qu'effrayée, la jeune fille vint me consulter à la campagne, où je me trouvais alors, et je pus constater sortant à moitié de la vulve, après avoir forcé la membrane hymen, un col utérin et une portion de la matrice entraînant un peu de la paroi antérieure du vagin ; mais cette cystocèle ne s'accompagnait pas de rectocèle. Notre jeune compatriote désirait une opération qui la débarrassât de cette infirmité, et je lui conseillai de venir à Paris, où elle fut reçue dans mon service.

L'opération par excellence contre le prolapsus ordinaire est la colpopérinéorrhaphie ; l'avivement et la suture du périnée fut faite avec le plus grand soin. Les deux faisceaux du releveur de l'anus de belle apparence et de volume normal furent solidement unis par du catgut, et le résultat immédiat parut excellent ; mais notre joie fut de courte durée ; et dès que, au bout de trois semaines, la malade se leva, l'abaissement de la matrice se reproduisit avec une rapidité décon-

certante. Nous ne devions nous en prendre qu'à notre ignorance : le plancher périnéal n'était pas en cause, ainsi que nous l'avait démontré la belle apparence des faisceaux musculaires des releveurs de l'anus et par conséquent la réfection de ce plancher n'était nullement indiquée.

Nous ne pouvons laisser les choses en l'état, et dès que notre malade nous parut complètement remise de notre première intervention, je me décidai pour la fixation de la matrice par le raccourcissement des ligaments ronds, selon le procédé de Doléris. L'intervention fut simple. Dès que la cavité abdominale fut ouverte, je saisis le fond de l'utérus, pour bien l'amener au niveau du champ opératoire : puis, ayant traversé l'aponévrose du grand oblique, le muscle droit antérieur et le péritoine, je pris avec une pince le ligament rond qui, formant une anse, fut entraîné au travers du péritoine, du muscle, de l'aponévrose en sens inverse du chemin d'abord parcouru. Même manœuvre de l'autre côté, et les anses des deux ligaments ronds furent suturées l'une à l'autre en avant de la paroi sous la peau, par quatre points solides, dont deux au catgut et deux à la soie.

Au cours de ces manœuvres, nous nous aperçûmes du peu de résistance des ligaments ronds qui formaient sur le repli du péritoine un très mince relief ; leur fragilité était telle que, à plusieurs reprises, ils furent rompus par nos faibles tractions. Aussi devions-nous prévoir qu'ils seraient un bien médiocre obstacle à la descente de la matrice. Mais nous espérions cependant obtenir un bon résultat parce que nous avions appliqué étroitement l'utérus contre la paroi du ventre et nous pensions que, grâce à ce

changement d'axe, la poussée intestinale, lors des efforts refoulerait la matrice en avant et en bas, vers le pubis et non en bas dans la filière vaginale.

Mais le résultat thérapeutique fut nul ; et dès notre premier examen, il fallut se rendre à l'évidence ; la matrice était au ras de la vulve et au moindre effort en écartait les lèvres et semblait prête à prolaber. Certes nous avions espéré mieux malgré les craintes que nous avaient inspirées, au cours de l'opération, la gracilité et la friabilité des ligaments ronds.

Sous peine de renvoyer notre malade en aussi mauvais point qu'à son arrivée, il fallait recourir à l'hystéropexie, seule intervention qui put encore nous donner quelque espoir. Elle eut lieu sans accident : une incision de 10 centimètres au-dessous de l'ombilic nous permit d'atteindre d'autant plus facilement la matrice que notre malade était en position de Trendelenburg. L'organe fut attiré aussi haut que possible ; et avec l'aiguille courte, deux forts fils de soie furent placés au-dessus du col, mais sur le corps, le plus loin possible du fond de l'utérus et le point supérieur correspondant à la partie moyenne de l'organe. Les plus grandes précautions furent prises d'autre part pour que l'axe de l'utérus fut exactement sur la ligne médiane, sans déviation de la matrice soit à droite, soit à gauche.

OBSERVATION XXV (Inédite et personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Reclus, dans le service duquel j'ai eu l'occasion d'étudier cette malade).

M... Angélique, âgée de dix-huit ans, jeune fille, domesti-

que, entre à l'hôpital le 18 mars 1908 pour des douleurs abdominales, qu'elle ressent depuis plusieurs années.

La mère est morte à dix-neuf ans à la suite de couches ; son père est actuellement bien portant. Une sœur est morte à quatorze ans de méningite, une autre d'appendicite à dix-huit ans ; une troisième de seize ans est en bonne santé. Un frère de vingt ans tuberculeux, un autre mort subitement à quatorze ans.

M., n'a commencé à marcher qu'à l'âge de trois ans ; jusqu'alors elle était restée couchée, une très grande faiblesse des jambes et une douleur vertébrale l'empêchant de se tenir debout. Les membres supérieurs et inférieurs étaient enflés, paraît-il, et la petite fille était incapable de se servir de ses doigts pour manier les objets et pour jouer.

A l'âge de cinq ans elle fut atteinte d'une bronchite qui dura trois mois, et qui se reproduisit à chacune des trois années suivantes. A dix ans, pneumonie droite.

Deux ans plus tard, c'est-à-dire en 1902, entrant un jour en classe après une récréation, pendant laquelle elle fit une violente partie de saut, l'enfant sentit dans le ventre une gêne, qui persista les jours suivants ; trois mois après, aucune amélioration ne s'étant produite, on consulta un médecin qui, constatant un prolapsus utérin, conseilla une opération ; la famille préféra un bandage et la petite malade le porta pendant deux ans.

A treize ans survint une angine et quelques mois après se déclara une fièvre typhoïde.

A l'âge de dix-sept ans apparurent les premières règles : très irrégulières, peu abondantes, mais indolores. Au

moment des règles la descente de la matrice se faisait plus sentir.

Au mois de décembre 1907 (elle avait dix-huit ans) on se décida à une intervention chirurgicale, parce que l'utérus avait continué à descendre. Elle fut opérée à Saint-Cloud où on l'amputa du col. Quinze jours après, la malade en se levant, a senti son utérus descendre de nouveau.

Elle quitta l'hôpital non guérie.

Cependant elle souffre toujours et entre à la Charité le 19 mars 1908.

Examen. — Il s'agit d'une malade bien conformée, d'une taille moyenne, plutôt maigre, à système musculaire mal développé. La paroi abdominale montre une laxité des tissus.

L'orifice vulvaire qui est bordé par un hymen normal, est légèrement béant, surtout quand la malade fait un effort, et en ce moment on voit la paroi antérieure du vagin et sa paroi postérieure prolaber dans l'orifice vaginal entr'ouvert. La malade est atteinte en même temps d'une ptose rénale droite.

L'intervention chirurgicale sera portée d'abord sur l'appareil urinaire ; et puis, l'attention sera dirigée secondairement sur l'appareil génital.

OBSERVATION XXVI (Personnelle)

D... trente ans, ménagère, entre à l'hôpital le 17 février 1908. L'interrogatoire ne révèle rien dans ses antécédents héréditaires : son père est mort d'accident à quarante-cinq

ans; sa mère, âgée de cinquante-sept ans, quatre sœurs et un frère sont actuellement bien portants.

D...eut, il y a huit ans, un érysipèle de la face, qui récidiva deux fois au moment des règles. Un an plus tard, elle était atteinte d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Ses premières règles sont apparues à dix-neuf ans, elle est réglée régulièrement, assez abondamment pendant quatre jours et sans douleurs. Depuis elle a toujours eu de légères pertes blanches, qui ont augmenté ces temps derniers. Elle est mariée, mais n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches.

Elle souffre du ventre depuis deux ans et demi. Ce fut toujours plutôt une gêne, une sensation de pesanteur, qu'une douleur aiguë, mais cette gêne et cette pesanteur n'ont fait que croître peu à peu. En même temps, les règles devenaient moins copieuses et plus pâles, les pertes blanches plus abondantes. Il y a deux mois, la malade a constaté que la matrice lui descendait entre les jambes et c'est parce que ces divers phénomènes ne s'améliorent pas qu'elle vient à l'hôpital; et à l'examen actuel, on trouve le périnée légèrement béant; en priant la patiente de pousser un peu, on constate que la matrice descend très facilement. Lorsque la malade a marché un peu, il vient se faire en dehors une saillie de la grosseur d'un œuf. La presque totalité du col est hors de la vulve; au toucher on trouve un utérus un peu gros, en rétroversion. Les culs-de-sacs sont libres, sauf à gauche, où l'on sent un léger empâtement et où l'exploration est douloureuse.

On opère la malade le 29 février 1908. On pratique tout d'abord une amputation du col, suivie d'une colporrhaphie antérieure par excision quadrangulaire. Dans un autre temps, une colporrhaphie postérieure avec excision d'un triangle

vaginal à sommet inférieur. Ces deux excisions vaginales sont faites dans la portion toute supérieure du vagin. Le périnée est en effet assez résistant, et ce sont les moyens de suspension supérieurs qui font défaut. On termine par une périnéorrhaphie après excision d'une portion de la muqueuse inférieure du vagin ayant une forme triangulaire à sommet supérieur cette fois ; une portion de muqueuse saine sépare ces deux triangles postérieurs, qui se regardent par le sommet.

Guérison sans incidents.

La malade a été revue en juin 1908.

La guérison est maintenue d'une façon absolue.

OBSERVATION XXVII (Personnelle)

Célestine P..., seize ans, hospitalisée aux Enfants-Assistés. Entre à l'hôpital le 17 octobre 1907. D'après ses dires et ses descriptions, elle aurait eu en juillet 1907 une poussée appendiculaire. Elle a été réglée à treize ans, et depuis, a des pertes blanches abondantes. Ses dernières règles remontent à septembre dernier.

Elle vient à l'hôpital parce que, lorsqu'elle marche ou reste trop longtemps debout, sa matrice vient faire hernie hors de la vulve. De temps à autre, elle éprouve des douleurs dans la région lombaire, mais elle se plaint surtout de la gêne qu'elle ressent, sa matrice frottant sans cesse entre les jambes, et de pesanteur dans le petit bassin. Elle avait toujours été bien portante quand il y a trois mois, en allant conduire ses vaches au pâturage, elle fut arrêtée par deux individus qui la violèrent ; trois jours après sa matrice apparut à la

vulve, accompagnée d'une hémorragie assez abondante. Puis la descente a augmenté peu à peu jusqu'à atteindre les proportions actuelles.

Là le col, sortant de la vulve, forme une tumeur du volume d'un gros œuf.

Opération le 22 octobre 1907. — Colporrhaphie antérieure après excision d'un lambeau vaginal de 3 centimètres de largeur sur 5 centimètres de longueur environ.

Puis colpopérinéorrhaphie postérieure après excision d'un lambeau triangulaire qui remonte sur la paroi postérieure du vagin jusqu'à 4 centimètres environ du col.

Sutures vaginales de catgut. Trois points de suture pénétrants, au crin de Florence.

Le résultat immédiat a été parfait.

Quant au résultat actuel, il n'a pas été possible de le connaître, parce que le directeur des Enfants-Assistés, se retranchant derrière les règlements, n'a pas pu donner l'adresse actuelle de cette malade.

CONCLUSION

On voit par cet exposé, tout l'intérêt de la question et les progrès lents, mais certains, qu'elle a déjà faits.

En effet nous pouvons résumer avec plus de netteté les résultats désormais acquis, ou presque, sur l'étiologie du prolapsus utérin chez les nullipares et sur le ou les traitements préférables selon les cas :

1° Les symptômes étant invariables et non discutés nous n'avons plus à y revenir ;

2° Pour les causes du prolapsus chez les nullipares, il semble certain que le rôle prédominant soit joué par la laxité et la gracilité de l'appareil de suspension, soit que cette laxité suive ou précède l'allongement hypertrophique du col.

L'autre facteur le plus considérable, mais qui vient en second dans l'ordre d'importance, c'est la faiblesse du plancher périnéal.

Laxité des ligaments, allongement hypertrophique du col et faiblesse du plancher périnéal sont eux-mêmes précédés par une série de causes prédisposantes et déterminantes, à caractère général et local. D'une part, troubles vaso-moteurs, moteurs et trophiques ; d'autre part, effort violent, chute, accès de toux, traumatisme génital, etc., etc ;

3° Suivant la prédominance de l'une ou de l'autre

des causes résumées ci-dessus, le fait du prolapsus emprunte trois phases différentes :

a) Dépression de l'utérus, ou procidence au début quand l'orifice utérin se trouve placé plus bas que de coutume;

b) Procidence, quand l'orifice de l'utérus repose sur le périnée et que le corps occupe encore la cavité pelvienne ;

c) Prolapsus, quand l'utérus est complètement en dehors de l'orifice inférieur du vagin, ayant entraîné avec lui la vessie et le vagin ;

4° Quant au traitement, il sera tour à tour général et local.

Général, c'est-à-dire une médication et une hygiène embrassant l'organisme tout entier, d'ailleurs accessoire, et suivant le traitement local.

Pour celui-ci, les variétés en sont nombreuses, bien que concourant à un but unique : a) pour les nullipares âgées : l'hystérectomie toute rationnelle avec colpopérinéorrhaphie ; b) pour les nullipares jeunes qui nous intéressent surtout, ou la périnéorrhaphie, ou la colpopérinéorrhaphie, ou hystéropexie, accompagnée d'une colpopérinéoplastie, parfois d'une amputation préalable du col.

Nous ne faisons que signaler la nouvelle opération décrite par Marion, trop récente pour pouvoir être jugée.

De tout ceci, nous inclinons à n'user que des traitements intéressant le plancher pelvien, et on s'étonnera peut-être au prime abord. Car nous avons vu

que la cause efficiente et première de l'accident touchait aux ligaments.

Il semblerait donc que c'est sur ceux-ci que l'attention devrait être attirée. Mais, justement, leur faiblesse même, subsistant après une intervention, est apparemment responsable des récives qui se sont produites.

Mieux vaut donc éviter d'intéresser cet appareil de suspension, du moins les ligaments ronds, car il est évident qu'une laparotomie comporte toujours une certaine gravité, et qu'on doit, à efficacité égale, lui préférer les opérations périnéales qui ne font courir aucun danger à la malade. Surtout si l'on considère les suites qu'une intervention chirurgicale à cet endroit peut provoquer dans la fonction de l'appareil reproducteur : en effet, la fixation du fond de l'utérus empêche le jeu normal de la gestation, et est une des causes les plus fréquentes et les plus observées, et les plus regrettables des avortements et des accouchements défectueux et prématurés.

Vu : le président de la thèse,

POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Alexieff*. — Thèse de Saint-Pétersbourg, 1897.
- Aran*. — Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858-1860.
- Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, 1850.
- Aubinais*. — Gazette des hôpitaux, 1866, 18 août.
- Barnes*. — Traité clinique de mal. des femmes, 1876, p. 540.
- Boivin et Dugès*. —
- Bedford*. — Mal. des femmes. Leçons clin., 1860.
- Bennet*. — Les ulcérations et engorgements du col utérin. Thèse de Paris, 1843.
- Bouilly*. — Congrès de chirurgie, 1896.
- Boursier*. — Précis de gynécologie.
- Coffart*. — Journal des Sciences méd. de Lille, 1902.
- Courty*. — Mal. de l'utérus, 1870, p. 823.
- Churchill*. — Traité pratique des maladies des femmes. Paris, 1881.
- Doléris*. — La gynécologie. Congrès de Boulogne, 1884.
- Doran*. — Trans. of the Obstetric Soc. of London, 1884, p. 88.
- Delanglade*. — Province médicale, 1907.
- Ertzbichoff*. — Thèse de Paris, 1904.
- Hanssen*. — Revue de gyn. et chir. abdom., 1898.
- Helms*. — British medical journal, 1896, décembre, p. 1822-1823.
- Hirst*. — Union medical May Philadelphie, 1889, II, p. 257.
- Horlacher*. — Munch. med. Woche, 1889, n° 50.

- Huguier*. — Mémoires de l'Académie impériale de médecine de Paris, 1859, p. 281.
- Jaloufet*. — Journ. de méd. de chir. de pharm., 1775.
- Jayle*. — Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, n° 3, juin 1907.
- Jenkins*. — Glaskow med. Journ., 1899. Centr. f. Gyn. p. 562, 1900.
- Krausé*. — Centr. f. Gyn., 1898, p. 422.
- Le Gendre*. — Thèse de concours, 1860.
- Le Gendre et Bastien*.
- Levet*. — Journ. de Méd., de Chir., de Ph. de Roux, 1773.
- Labadie-Lagrave et Legueu*. — Traité de gynécologie.
- Liebman*. — Revue de gyn. et chirurg. abdom., 1898. Centralbl. f. gynæcol., 1894, n° 41.
- Mac Clintock*. — Traité de Maladies des femmes.
- Mangin*. — Congrès international de Chirurgie, 1896.
- Martin*. — Traité clinique des mal. des f., 1889.
- Miranda*. — Arch. de ost. gyn., août 1901.
- Monro*. — Edimb. médical. Essays, III.
- Mundé*. — Société de gynécologie de New-York. American Journ. of obstetr. 1888, n° 59.
- Roberton et Whitehead* de Manchester, cités par Barnes dans son Tr., clin. de mal. des femmes, 1876.
- Richelot*. — Congrès de chirurgie, 1896, p. 614.
- Rütter*. — Centr. fur gynecol, 1892, p. 726.
- Scanzoni*. — Traité pratique des mal. des organes sexuels de la femme, 1858.
- Schremm*. — Centr. fur Gyn., 1894.
- Schultze*. — Verhandlung des Vereines pfälzichen Aertzte 1857, p. 48.
- Simpson*. — Clinical on diseases of women.
- De Sinéty*. — Manuel pratique de gynécologie.
- Schmetz*. — Congrès International de Genève, 1896, vol. II, p. 93.
- Stepkowsky*. — Revue de gyn. et chirurg. abdom., 1898.

- Stromberg.* — Centr. f. gyn., n° 50, 1896.
Trélat. — Clin. chirurg., t. II.
Tuffier. — Clinique chirurgicale, 1894, p. 285. Congrès de chirurgie, 1896, p. 675.
Nonat. — Traité pratique des mal. de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1860.
Olivier. — The tem gyn. and obst. Journal, 1900. V. II, p. 8270.
Pichevin et Bonnet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire. Le Dentu et Pierre Delbet.
Polaillon. — Maladies des femmes. 1901, p. 489.
Procownick. — Revue de gyn. et chir. méd., 1898.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
Puech. — Cité par Courty.
Quisling. — Centralb. f. gyn., 1890, XII.
Racoviceanu. — Société de chirurgie de Bucarest, février 1907.
Rodwansky. — Munch. Med. Woche, 1898.
Reclus. — Gazette des Hôpitaux, 1908, 13 mars.
Reynier. — Congrès de chirurgie, 1896.
Routier. — Congrès de chirurgie, 1896.
Veit. — Jutschrift S. geburtsch und gy. bd II, 1878.
Mac Vicar. — The Scottish medical and surgical Journal, vol. II, 1898.
Villemain. — Bulletin Soc. de pediâtrie de Paris, 1900, I, 51-52.
Weinberg. — Mittheibing uber Martinische Klin. Berlin, 1869.
West. — Cité par Barnes dans son Traité clinique de mal. des femmes, 1876.

